

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYKURCZENIA STAWÓW HISTERYCZNE U DZIECI.

Opisał

R. Jasiński,

chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Przykurczenie, czyli kontraktura stawu jest to ograniczenie lub zniesienie zupełne jego ruchów, bez zrośnięcia ze sobą końców stawowych. Przykurczenie jest tedy objawem zejścia różnorodnych zmian patologicznych w tkankach, czy narządach, stanowiących dla danego stawu przyrząd hamulcowy, a więc w kościach, więzjach, lub mięśniach. Zmiany w końcach stawowych kości, w więzjach i t. d., spotykamy zazwyczaj współcześnie, jako następstwa ciężkiego cierpienia stawowego; całą więc grupę przykurczeń, powstających z tej przyczyny, nazywamy *contracturae arthrogenae*, dla odróżnienia od tych, które wskutek blizn okoławastawowych się tworzą: *contracturae, cicatriciales* i tych, które od zmian w mięśniach zależą: *contracturae myogeneae*.

Te ostatnie [przykurczenia mięśniowe] polegają raz na tem, że sam mięsień lub jego ścięgno zmianom patologicznym podpadły, drugi raz zależą od zmian chorobowych w układzie nerwowym, który rządzi ruchami tych mięśni. Przybywa więc jeszcze jedna grupa, mianowicie przykurczenia nerwowe (*contracturae neurogeneae*). Przypominam umyślnie podział teoretyczny choroby „przykurczeniem“ w chirurgii nazwanej, aby zwrócić uwagę, od ilu i jakich właściwie przyczyn stan ten zależeć może, oraz jak niełatwym w danym przypadku bywa odpowiednie rozpoznanie i postawienie wskazań leczniczych.

Ostatnim wyrazem cierpienia układu nerwowego przy kontrakturach jest stan mięśni staw poruszających. Będzie to zatem albo porażenie ich zupełne, lub częściowe i zanik, albo też stały skurcz. Nie mówię tu o tych przypadkach, w których zmiany w stawach zależą od innych przemian wstecznych w tkance mięśniowej, gdyż te ostatnie już do przykurczeń bliznowych zaliczyć można.

Zniesienie zupełne kurczliwości mięśni staw poruszających pociąga za sobą zniknięcie możności wykonywania ruchów czynnych, bynajmniej jednak nie jest przyczyną przykurczenia, to jest zniknięcia ruchliwości biernej stawu.

Z pośród sił, mogących w danym stawie ruch bierny wywołać, wyróżnić należy dwa ich rodzaje: 1-o siłę zewnętrzną, t. j. przypuścimy siłę rąk badającego lekarza i 2-o siły fizyczne, rządzące każdym ciałem w przyrodzie, a tu dość wspomnieć o sile ciężkości i o jej działaniu, które się warunkami równowagi w danym

stawie modyfikuje. Stopa leżącego w łóżku człowieka, którego mięśnie tak wyprostne jak i zginacze porażeniami zostały, ciężarem swoim opada tak, że przyjmuje położenie stopy zgięto-szpotawo-końskiej (*pes inflexus equino-varus*), i to ustawienie ogranicza się tylko wpływem hamulców anatomicznych, mianowicie występami i nierównościami kostnych końców stawowych, oraz krótkością i przyczepieniem więzów z jednej strony, a granicą rozciągliwości części miękkich, wyprostną powierzchnię stawu pokrywających, z drugiej. Ten ostatni hamulec jednak [skóra, ścięgna i mięśnie] może z czasem uleść powolnemu rozciągnięciu i stracić przez to na wartości. Przy takim niewłaściwym ustawieniu stawu przyczepy mięśni po jednej stronie są oddalone i to właśnie owe powolne wyciąganie mięśnia powoduje, ale po drugiej stronie [np. na powierzchni zginaczy] przyczepy te przez długi czas są zbliżone. Wiadomą jest rzeczą, że długo trwające zbliżenie końców przyczepu mięśni nie tylko powoduje jego niewystarczalność, ale stać się też może przyczyną skrócenia samego muskułu. Długo nieporuszający się staw traci swoje specjalne zdrowie, to jest naraża się na zmniejszenie ilości mazi, na zmiany w fizjologii i anatomii samej błony maziowej, jej warstwy wewnętrznej, oraz chrząstek, na powstawanie zmian odleżynowych, zatrzymanie w rozwoju i wzroście odcinków na stały ucisk narażonych i t. d.. W ten sposób przykurczenie porażenne coraz to stalszą przybierać może postać, a coraz to większymi zmianami okołostawowymi się otaczając, coraz to zgubniejszy wpływ na kształtowanie się rosnącego kośćca wywierając, prowadzi do zbekształtnień i wykoszlawień coraz to trudniejszych do pokonania.

Jeżeli, co się bardzo często zdarza, porażeniu ulegną mięśnie tylko po jednej stronie stawu, to powstawanie przykurczenia występuje tylko tam, gdzie dowolnie skurczony chwilowo zdrowy mięsień antagonista nie zostanie rozciągnięty siłą ciężaru dźwigniętej w ten sposób kończyny. Taki raz skurczony a potem nierozciągnięty mięsień, z powodu zbliżenia swoich punktów przyczepu, ulega troficznemu skróceniu, a wówczas chwilowe ustawienie stawu pod danym kątem zamienia się na przykurczenie stałe, czyli kontrakturę.

Te wszystkie przykurczenia mięśniowo-nerwowe wydarzają się przy obwodowych i ośrodkowych chorobach układu nerwowego. Wspomnę tu więc, że występują one przy hemiplegiach i paraplegiach, przy urazowych uszkodzeniach mózgu i mlecza, po uszkodzeniach nerwów, wreszcie przy porażeniu dziecięcym. Klinicznie tedy przykurczenia porażenne stoją na granicy neuropatologii i chirurgii, na polu, na którym jednocześnie terapeuta walczyć musi o usunięcie przyczyny przykurczeń, a chirurg o przywrócenie sprawności stawu [chirurgija ortopedyczna], lub wyzyskanie zmienionego stawu do użytku, do którego służył za czasów swego zdrowia [proteza ortopedyczna].

Rzeczą jest prostą, że tak jak porażenia z jednej strony, tak z drugiej przyczyną przykurczeń stawowych mogą się okazać te stany chorobowe, w których mamy do czynienia z tonicznymi kurczami mięśni, np. przy niektórych uciskowych cierpieniach mlecza, przy chorobie Porr'a i t. d.. Tutaj do powstania kontraktury także potrzeba, żeby ciężar kończyny nie rozciągał mięśnia przez czas jakiś skróconego.

Ażeby uzupełnić grupę tych przykurczeń, zapędzających chirurga na pole neuropatologii, wspomnieć muszę o całym szeregu przykurczeń artropatycznych, które już od zmian w błonie maziowej, chrząstkach, kościach i więzach zależą, a pomimo to w ścisłym pozostają związku z chorobami układu nerwowego. Mam tu na myśli te cierpienia stawów, które się specjalnie zdarzają przy hemiplegiach, oraz przy wiaździe mlecza pacierzowego (*arthropatia tabidorum*).

* * *

Szanowni Panowie! Ośmielam się dzisiaj zwrócić Waszą uwagę na inną, liczną grupę przykurczeń, pochodzenia nerwowego, grupę, której znajomość chroni chirurga od częstych grubych błędów rozpoznawczych i klinicznych, daje mu możność osiągnięcia szybkich i zdumiewających wyleczeń, tłumaczy zresztą wiele t. zw. uleceń cudownych.

Cheć mówić o przykurczeniach histerycznych.

Nie wdając się w dowodzenie faktu, że histeryja nietylko możliwą jest, ale nawet często zdarza się w wieku dzieciennym [bez różnicy płci], przystąpię odrazu do opowiedzenia Panom tych zdarzeń, na które własnymi patrzyłem oczami.

* * *

Przed trzema, czy czterema laty, leczyłem jedną 12-letnią dziewczynkę, chorą od lat kilku na ciężkie zapalenie w stawie udowym. Matka jej, kobieta bardzo inteligentna, ale neurasteniczka w wysokim stopniu, zawiadomiła mnie, że ma też drugą, 15 lat liczącą córkę, która od $\frac{1}{2}$ roku także chodzić przestała, nogę prawą ma co raz więcej przykurzoną, leży w łóżku, i całymi dniami krzyczy z powodu strasznych bólów w biodrze i kolanie. Ponieważ ta druga dziewczynka mieszkała podówczas na prowincyi, a lekarz miejscowy pisał o niej, że także na ciężkie *cozitis* zachorowała, prosiłem więc matkę o sprowadzenie jej do Warszawy.

Znalazłem kończynę prawą tej dziewczyny zgiętą w stawie udowym i kolanowym tak, że pięta do pośladka, a kolano do brzucha dotykało. Na pośladku, do którego pięta owa przez 4 czy 5 miesięcy ściśle dniem i nocą przylegała, widać było wyraźny strup odleżynowy. Kolano, kostka i stopa mocno obrzmiałe, każde dotknięcie bolesne, ruchy bierne i czynne niemożliwe z powodu nadzwyczajnych bólów. Przyciśnięcie główki udowej do panewki wcale niebolesne. Nadczołość skóry na udzie wyraźna. Znalazłem też zaburzenia w miesiączkowaniu, częściową utratę w polu widzenia i nadczołość w okolicy obu jajników. Widząc stan niewątpliwie histerycznej natury, zaproponowałem matce zupełną izolację chorej, a uzyskawszy zezwolenie, postanowiłem pod chloroformem zbadać dziewczynkę dokładnie. Trzymałem ją w tym celu przez 2 miesiące w szpitalu, zachloroformować jednak nie mogłem ani razu, gdyż zawsze, gdy próbowałem rozpocząć narkotyzację, chora dostawała szalonych napadów kaszlu, z dusznością, sinicą i t. d.. Ponieważ badanie dokładne płuc nic niezwykłego wykazać nie mogło, tem bardziej uparłem się przy rozpoznaniu histeryi, a tem samem skurczu histerycznego, autosuggestyjonowanego przez małą pacjentkę.

Dowiedziawszy się o jej egzaltacji religijnej, urządziłem dziewczynie, z pomocą matki, wzmówienie cudu przez pewną wodę. Cud się stał, gdyż w kilka tygodni potem, a w dwa dni po użyciu odpowiednim owej wody, dziewczyna od razu wstała z łóżka i chodzić zaczęła. Dziś [po 3 latach] zdrową jest zupełnie.

* * *

W roku przeszłym w oddziale moim szpitalnym leżała dziewczynka, lat 8 mająca, która przed rokiem [po przestraszeniu] położyła się do łóżka z zatrzymaniem moczu. Wezwany lekarz mocz wypuścił cewnikiem, a nazajutrz zauważył napad drgawek. Drgawki te powtórzyły się kilka razy. Matka tak dokładnie mi je opisała, że nie mam wątpliwości, iż były to napady histeroepilepsji.

Od Lutego r. b. dziewczynka przestała chodzić zupełnie, skarżąc się na bóle w obu kolanach. Obie kończyny dolne przykurczone w udach i kolanach do *maximum*, tak podczas czuwania, jak i we śnie. Rozprostowanie ich niemożliwe z powodu strasznych bólów. We śnie jednak pięty nie opierają się o guzy siedzeniowe, a ową różnicę w zgięciu kończyn, matka już sama zauważyła. Do szpitala wszelako zapisała się chora z gotowem rozpoznaniem „*coxitis*“, lub „*psositis duplex*“. Jednocześnie prawie ze wzrastającym przykurczeniem nóg występowała też postępująca utrata mowy, a więc z początku amnezja [utrata pamięci], potem afrazyja [utrata właściwego wygłaszania myśli], wreszcie milczenie zupełne (*mutismus*).

Przekonawszy się po wielokrotnem, starannem badaniu, że brak mi wielu danych rozpoznawczych do wnioskowania o istotnych cierpieniach układu kostnowęzowego, mięśniowego i nerwowego, rozpoznałem kontraktury historyczne. Nadmieniam, że żadnych danych dziedzicznych nie było. Badanie czucia i zmysłów niemożliwem było z powodu upartego milczenia chorej. Odruchy skórne i ścięgniste wszelako były wzmożone, a pobudzalność mechaniczna mięśni bardzo znaczna. Pod chloroformem z największą łatwością obie kończyny wyprostowałem i nałożyłem dziecku spodnie, oraz kaftan gipsowy.

Co jest dziwne, że po gwałtownem z narkozy przebudzeniu, dziecko wymówiło tylko pierwszą zgłoskę wyrazu „boli“, krzyknąwszy: „booo“; dziewczyna znowu przyjęła wyraz twarzy typowo-historyczno-ekstazyjny i nie dokończyła mimowoli wykrzykniętego słowa. Niezwykłą ma ona nadszłość w okolicy obu jajników: naciśnięcie tych okolic wywołuje chwilowe przykurczenia w obu stawach łokciowych, połączone ze zwinieniem palców w pięść. W takim opatrunku gipsowym przetrzymałem dziecko przez 1½ miesiąca.

Po zdjęciu gipsu okazało się, że nogi są proste, ruchy we wszystkich stawach łatwe i niebolesne. Pozostała jednak zupełna abazyja i astazyja. Przypieklełem dziewczynie PACQUELIN'em kilka punktów na plecach, naturalnie bez chloroformu, i zapowiedziałem, że manipulację taką powtarzać będę co tydzień dopóty, dopóki dziecko nie zacznie chodzić. Szóstego dnia dziewczyna, przeplakawszy kilka nocy, wstała i wyszła na korytarz na moje spotkanie. Powiedziałem jej, że dalsze przypalanie pleców stało się zbyt ciężkim i że mam nadzieję, iż operacyja nie tylko przywróciła jej możność chodzenia, ale i mowę. Prosiłem, żeby próbowała codzień mówić do zakonnicy, gdyż gdyby w ciągu tygodnia nie

mogła się przedemną popisać ze swoją wymową, to musiałbym przystąpić do leczenia jeszcze przykrzejszego, bo do przypalań języka, które narażają ją na przy-
musowy post kilkotygodniowy.

Na szósty dzień dziecko mówiło wybornie i jako wyleczone matce oddane zostało. Zdziwienie i przerażenie tej matki nie da się opisać; pozostawiła ona swoją córeczkę w szpitalu jako nieuleczalną kalekę i zdaje się, że miała zamiar rozstać się z nią na zawsze.

* * *

Trzynastoletnia Chaja K., zapisała się do oddziału D-ra GAJKIEWICZA w szpitalu żydowskim d. 30 Kwietnia 1890 roku. Pochodzi z rodziny podobno zdrowej pod względem stanu układu nerwowego. Rok temu, a więc mając lat 12, miewała napady historyczne, które się powtarzały kilka razy dziennie przez dwa tygodnie. Były to drgawki we wszystkich czterech kończynach, bez utraty przytomności. Wkrótce potem nastąpiło przykurczenie obu kończyn dolnych i trudność w polykaniu. Ma ona oba uda zgięte w stawach udowych tak, że przylegają do brzucha swemi powierzchniami przednimi, a kolana w stanie tak znacznego zgięcia, że tylne powierzchnie łydek do tylnych powierzchni ud dotykają. Pięty zbliżone do guzów siedzeniowych, stopy w ustawieniu ksobnem (*p. varus*), a palce w zgięciu podeszwowem (*flexio plantaris*). Kontraktury te nie znikają podczas snu, a wyprostowanie kończyn bierne, pomimo użycia dość znacznej siły, dokonać się nie daje.

Zaników mięśniowych nie było. Odruchy skórne bardzo żywe. Pobudliwość mechaniczna mięśni dwugłowych i trójgłowych ramienia widoczna, badanie odruchów ścięgniowych w kończynach dolnych niemożliwe, z powodu stałych skurczeń.

Czucie w kończynach dolnych zmienione: w wielu miejscach chora nie czuje wcale, w innych słabo. Uczucie bólu zniesione, począwszy od połowy ud aż do końca palców chora nie czuje lekkich ułkuć, a wbijanie igły głębokie uważa za wrażenia dotykowe, niebolesne. Zauważyć się też dało osłabienie uczucia zimna i gorąca, wzrastające od pachwin ku palcom.

Nigdzie nie można było w tym przypadku znaleźć t. zw. „zone histérogène”. Chora skarżyła się tylko na przelotne bóle w rękach i trudności w polykaniu.

Źrenice równe, bardzo rozszerzone, oddziaływały dobrze na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych swobodne, ślepoty barw (*achromatopsia*) znaleźć nie można; wykryto jednak, za pomocą badania perymetrem znaczne ograniczenie pola widzenia zarówno dla barwy białej jak i czerwonej, niebieskiej oraz żółtej. Zresztą innych zaburzeń wzrokowych nie znaleziono; słuch także okazał się prawidłowym, tylko zmysł węchu zdradzał niewątpliwie osłabienie, czy stępienie.

Osłabienie układu mięśniowego w gardzieli i przełyku spowodowało niemożność jedzenia i picia. Trzeba było pokarmy płynne wlewać chorej głęboko do gardła, wtedy je, aczkolwiek z trudnością, była w stanie połknąć tak, że zgłębnika żołądkowego do karmienia nie używano.

Pomimo tak znacznych przykurczeń w kończynach dolnych, chora jednak chodziła, a raczej przeprowadzała się z miejsca na miejsce w sposób nietyle piękny, jak niezwykle:

Przykucnąwszy, bo stać przecie nie mogła, opierała się prawą dłońią o podłogę, posuwała się szybko, rzucając przed siebie dość śmiało stopę lewą, za którą wolniej i słabiej zdążała stopa prawa.

Próby kilkakrotne zawieszania metodą CHARCOT-MOCZUTKOWSKIEGO oraz przyżeganie przyrządem PAQUELIN'a pozostały bez żadnego skutku.

Wobec tego d. 17 Maja 1890 roku asystent oddziału, kol. WIZEL, w obecności kol. GAJKIEWICZA i ZWEIGBAUMA zachloroformował chorą. Dopiero w głębokiem, zupełnem uspieniu udało się wyprostować obie kończyny odrazu. Nałożono przyrządy wyciągowe i zostawiono je na tydzień.

Chora doznawała przez ten czas bólów bardzo nieznacznych.

Gdy po tygodniu zdjęto przyrządy wyciągowe, okazało się, że kontraktury nie wracają, że jednak siła mięśniowa obu kończyn dolnych znacznie jest zmniejszoną. Ruchy palców i stóp ograniczone, zginanie w biodrze i kolanie wolne i słabe, podnoszenie wyprostowanych kończyn trudne i ograniczone. Przy leżeniu ustawienie kończyn tych nieprawidłowe ciągle: lekkie zgięcie w kolanach i rotacja ud ku wewnątrz, kolana dotykają się wzajemnie, a stopy zdala jedna od drugiej spoczywają [jakby rodzaj *genu valgum*].

Przy badaniu układu nerwowego w tym nowym okresie choroby, znaleziono potwierdzenie wyników badań poprzednich i stwierdzenie tych samych objawów bez zmiany [z wyjątkiem zniknięcia kontraktur]. Znaleziono nadto, że zmysł mięśniowy w kończynach dolnych był prawidłowy, a odruchy ścięgniaste rzekome umiarkowane.

Elektryzacja mięśni i nerwów żadnych zmian w nich wykazać nie mogła.

Gdy teraz kazano chorej stać, wykonywała to z nadzwyczajną bojaźnią i trudnością, oraz z widocznym brakiem zaufania do samej siebie. Trzeba ją podtrzymywać, bo zaraz się przewraca. Nogi zginają się w kolanach, palce się zawijają pod stopę, a pięty w górze podnoszą — staje tedy chora na grzbietowej powierzchni palców zupełnie pozginanych. Zapewniwszy dziewczynie tej podporę dostateczną, można ją zmusić do prób chodzenia, które odbywa w następujący sposób: nie idzie prosto przed siebie, lecz posuwa się bokiem, pięty ma obie podniesione, a grzbietem stopy prawej przy zgiętych palcach zamiata podłogę.

Nastał czas, w którym chora chodziła nieco lepiej, tak, że chwytając się poręczy, łaźiła sama po sali. Wkrótce jednak nowe wynalazła zboczenia. Przez kilka dni z rzędu, chodząc, wykonywała dwa kroki naprzód, a jeden w tył i to nie krok, ale skok jakiś dziwaczny, szybki i gwałtowny. Obecnie wcale chodzić nie chce, stając na palcach, zginając powoli kolana, waha się w największej obawie na boki i wreszcie pada, o ile ją nie podchwycą obecni.

* * *

W roku bieżącym spostrzegalem wraz z kolegą GOLDBLUMEM taki przypadek: od kilku lat dziecko 10-letnie państwa R.... źle chodzi, nie zawsze, ale czasami utyka, włóczy nogę za sobą. Badali ją rozmaici lekarze, między innymi profesor Kosiński i ja. Profesor Kosiński zupełnie prawie dosłownie określał później wrażenie, otrzymane przy badaniu chorej, tak: widać było, że chodzi źle, tak jak chodzą dzieci z poczynającym się zapaleniem stawu udowego, przy bliższem

jednak badaniu niepodobna sobie zdać sprawy, która nóżka właściwie jest chorą. Dziewczynkę, o której mowa, badałem niejednokrotnie, za każdym razem to samo wrażenie otrzymałem.

Przed kilkoma miesiącami do tego stanu, względnie znośnego, przylączyła się nadzwyczaj silny ból w stawie udowym prawym, którego dawniej wykryć nie można było. Ból ten kilka razy i niespodziewanie się pojawił, potrwał przez dzień jeden, przetrzymując dziecko w łóżku i znowu niespodziewanie zniknął na miesiąc i więcej. Pewnego razu, przy wciąganiu pończoszki na prawą nogę, dziecko poczuło znowu ów dotkliwy ból w biodrze i już od tego czasu ani kroku zrobić nie mogło [po kilku dniach coraz to większego kulenia]. Wezwany przez kolegę GOLDBLUMA i znalazłszy objawy zaostrzonego [niewątpliwego zdawało mi się] zapalenia stawu udowego, ułożyłem dziecko w łóżku pochyłym i zastosowałem ekstensyję ciągłą za pomocą kilku funtów piasku.

Dziecko leżało przez kilka miesięcy, ale zamiast poprawy, ciągle rozwijało się pogorszenie. Sen opuścił powieki dziewczynki, łaknienie znikło, pojawił się niezwykle u niej niepokój na widok lekarzy, skłonność do zaparcia stolca, a co najdziwniejsze, coraz to większe przykurczenie w stawie udowym i lordoskolioza w kręgosłupie. Literalnie niepodobna było dotknąć krętarza wielkiego kości udowej, bez wywołania napadu rozpaczliwych krzyków. Na naradzie z profesorem KOSIŃSKIM postanowiliśmy dziecko zachloroformować przede wszystkim, w celu dokładnego zbadania i postawienia odpowiednich wskazań. Zachloroformowaliśmy chorą przy pomocy kolegów DİNTEGO i GOLDBLUMA, przyczem najdokładniejsze badanie, tak zewnętrzne, jako też i przez kışkę prostą, wykazało zupełny brak wszelkich choćby najdrobniejszych zmian w anatomii i fizjologii stawu udowego. Żeby znieść lordoskoliozę i zgięcie w stawie udowym, żadnej nie potrzebowaliśmy siły — wyprostowały się one same. Nałożyliśmy w tej chwili przyrząd mego pomysłu, mający na celu powolne rozszerzenie kąta, pod którym udo nachylone jest do miednicy za pomocą śruby. Śrubę tę odrazu musieliśmy ustawić na *maximum* jej długości, gdyż powolna redresyja była od razu zbytęczną; chodziło już tylko o utrzymanie kończyny w ustawieniu zupełnie prostem.

Kilka tygodni następnych wykazało mi jasno, że mam do czynienia z przykurczeniem stawu histerycznym. Dziecko chodzi obecnie, stoi bardzo długo, bawiąc się zabawkami i t. d.. Stan ogólny bardzo wolno, jednak ciągle, poprawia się coraz bardziej.

Niepewność w rozpoznaniu, pesymizm w rokowaniu i t. d. tem łatwiejsze były do wytlómaczenia w tym przypadku, że dziecko to pochodzi z rodziny, której już niejednę ofiarę gruźlica porwała.

*

*

*

Znane są oddawna przypadki histerycznego skurczu jakiejś ograniczonej grupy mięśniowej, znane zdarzenia, w których jedyną przyczyną końskiej stopy np. jest histeryja. Przypadki takie opisywano, a prof. CHARCOT niejednokrotnie je swoim słuchaczom przedstawiał na chorych. Nie wiem jednak, czy ktokolwiek spostrzegwał epidemiczne wystąpienie stopy szpotawo-końskiej obustronnej u czterech sióstr, z pośród rodzeństwa jednego, z siedmiu córek złożonego. Przypadek

taki obserwuję od 1½ roku, miałem nawet szczęśliwą sposobność przedstawienia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem tych czterech siostr histeryczek.

1) Najstarsza z nich, Zofija, ma lat 17. W 14 roku zaczęły jej się stopy obie szybko krzywić i skrzywiły się tak, że przestała chodzić i dwa lata w łóżku przeleżała [*Redressement forcé* pod chloroformem, kilkakrotne opaski gipsowe z pętlami]. Od 4 miesięcy zaczęła chodzić, chodzi coraz lepiej, nogi powoli się prostują. Inteligencyja przyémiona. Dawniej chora była bardzo wesołą i sprytną.

2) Druga, Ewa, lat 14. Od 1½ roku chodzi coraz gorzej. Nogi krzywią się coraz bardziej, sprytna i ożywiona dawniej dziewczyna, dostała obecnie regularności, zgłupiała, zbrzydła widocznie, pomimo leczenia stan coraz gorszy.

3) Trzecia, Helena, ma lat 12, od roku nogi się jej pokrzywiły, chodzi coraz gorzej.

4) Czwarta, Regina, ma lat 10, także od roku stara się naśladować swoje siostry i już w perfekcyi ustawiania końskiej stopy przeszła starszą, Helenę.

Oprócz nich jest jedna 18-letnia, druga ośmio, a trzecia siedmioletnia. Te trzy siostry są zupełnie zdrowe.

Wielokrotne badanie tych dziewczynek, dokonane wspólnie z kolegami ROSENZWEIGIEM, NUSBAUMEM, LOEWENSTAMEM i innymi, utwierdziło nas w przekonaniu, że nie ma tu innej przyczyny, jak histeryja, której jedynym objawem jest postępujące, a po pewnym czasie nawet znaczne przyémienie inteligencyi oraz przykurczenia w obu nogach, wyrażające się stopą szpotawo-końską podwójną.

* * *

Na zakończenie wspomnę tu o dwóch przypadkach skoliozy spastycznej pochodzenia histerycznego, spostrzeganych przezemnie wspólnie z kol. GAJKIEWICZEM, z których dokładne posiadam fotogramy. Szczegółowy opis tych przypadków na innem pomieszczę miejscu.

II. W KWESTYI SZTUCZNYCH PRZEPUKLIN.

Przez

D-ra med. J. Wróblewskiego,

Ordynatora Szpitala Ujazdowskiego.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

Z powodu osobliwej formy przepukliny, u kilku popisowych żydów zauważonej, której pochodzenie komisya lekarska uznała za bardzo wątpliwe [o formie tej powiem poniżej], przeprowadziłem jeszcze doświadczenie następujące.

4. Za pomocą palca wprowadzonego jednocześnie ze skórą moszny, ominąłem wazki otwór pachwinowy zewnętrzny, i starałem się, uciskając i trąc przy pomocy paznoga w kierunku włókien powięzi, dokonać ich rozdziału; pomimo długotrwałej i uśilnej pracy paznoga, nie udało mi się utworzyć szczeliny w po-

więzi, ponieważ nie można unieruchomić ścianki brzusznej, łatwo pod uciskiem palca ustępującej.

Przytoczone doświadczenia okazałem lekarzowi naczelnemu szpitala i kołegom chirurgom, członkom komisji, którzy, że tak powiem, kontrolowali moje rękoczyny doświadczałne; dokonywając je niejednokrotnie i zawsze z wynikiem pożądanym, przekonałem się, że, im głębiej wprowadzić palec lub tępo zaokrąglone narzędzie w kanał pachwinowy, tem bardziej zupełnem bywa rozerwanie przedniej jego ścianki; w jednych przypadkach rozerwanie otrzymuje się nader łatwo, w innych — palec i ręka odczuwa pewien opór, co prawdopodobnie zależy od mniejszej lub większej szczelności *fasciae intercolumnaris*.

Jakie mają znaczenie duże otwory owe, otrzymane wskutek rozerwania przedniej ścianki kanału pachwinowego i, czy można uważać je za jeden z ważniejszych czynników przyczynowych, pomagających do tworzenia się przepuklin?

Na zasadzie teoretycznych danych naukowych, pytanie to, według mego zdania, rozstrzyga się twierdząco.

Istnieją dwie teoryje co do mechanizmu powstawania przepuklin: dawniejsza, wyłącznie panująca, teoryja ciśnienia (*Drucktheorie*) i nowa teoryja ciągnięcia (*Zugtheorie*). Gdy pierwsza przypisuje tłoczeni brzusznej i ciśnieniu wnętrzości znaczenie wyłączne i decydujące w formowaniu się przepuklin, przyczem worek przepuklinowy tworzy się wskutek uciskających i napierających wnętrzości, jednocześnie z wychodzeniem tych ostatnich, druga — odrzuca zupełnie znaczenie ciśnienia brzuszego, a wpływ główny przypisuje pociąganiu i rozciąganiu otrzewnej ku zewnątrz, przyczem worek przepuklinowy tworzy się pierwotnie i niezależnie od przenikających w niego wnętrzości.

Takie pociąganie i rozciąganie otrzewnej, dopomagające do tworzenia się worka przepuklinowego, dokonywa, naprzykład, guz jądra, *hydrocoele*, tłuszczak rozwijający się w tkance łącznej podotrzewnowej, bliznowate kurczenie się zrostu pomiędzy otrzewną i ścianką brzuszną, zrost otrzewnej z blizną ¹⁾.

Zwolennicy teoryi nowiej: LINHARDT, ROSER, ENGLISCH i inni, mają najzupełniejszą rację w tej, w porównaniu nieznacznej, ilości przepuklin, których formowanie się może być wyjaśnionem za pomocą teoryi ciągnięcia, lecz stanowczo zanadto ją oni uogólnili. Nie będę się rozwodził nad krytykę, której uległa owa teoryja nowszemi czasy ze strony WERNHER'a, RICHTER'a i innych. Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że pochodzenia większości przepuklin, a głównie wrodzonych nie można objaśniać teoryją ciągnięcia, że należy szukać dla nich przyczyny w ciśnieniu wnętrzości brzusznych na otrzewną, która wypukła się w postaci worka przepuklinowego, a zatem ten ostatni tworzy się wtórnie, t. j. jednocześnie z rozwojem przepukliny.

Dane statystyczne wykazują, że w pierwszych latach życia, u obu płci, znacznie przeważa ilość przepuklin pachwinowych [z 37873 przypadków — 5070], ilość ta do 15 roku życia obniża się do 1442, od tego wieku ilość mających prze-

¹⁾ Sam spostrzegłem dużą przepuklinę, która się rozwinęła w okolicy lędźwiowej po operacji wycięcia nerki.

puklinę znacznie się zwiększa, i w 30 roku dochodzi 4159, w 35 roku — 3689, od tego czasu i aż do roku 60 maleje i dochodzi 1323. Co do przepuklin udowych statystyka poucza, że w pierwszych latach życia, u obu płci, spotyka się je bardzo rzadko, w wieku średnim, w 30 roku życia, dochodzą cyfry 637 [z 4428], w 40 roku 666.

Cyfry przytoczone dowodzą, że największa częstość rozwijania się przepuklin przypada na czas największej wytwórczości pracy i napięcia fizycznego. Wiadomym jest fakt, stwierdzony danymi statystycznymi, że u ludzi biednych przepukliny zdarzają się daleko częściej, niż u bogatych. Wiadomem również jest zdanie ogólnie przyjmowane, że przepukliny tworzą się często u ludzi cierpiących na utrudnione oddawanie kału i moczu ¹⁾.

Pozwoliłem sobie przytoczyć tutaj te wnioski statystyczne, aby wykazać, że nowa teoria powstawania przepuklin bynajmniej nie jest dostateczną, aby za pomocą niej można było objaśniać powstawanie przepuklin wogóle. Naturalnie teoria ta nie nadaje się do objaśnienia i sztucznego wytwarzania przepuklin, tutaj, według mego zdania, wyjątkowo ciśnienie tłoczni brzusznej, przy pewnych warunkach anatomicznych ścianki brzusznej, ma znaczenie decydujące.

Gdyby ścianki brzucha były wszędzie jednakowo mocne, to niewątpliwie nie można byłoby przyjąć tej zasady, że wskutek ciśnienia wewnątrz-brzuszego w pewnym miejscu może nastąpić stopniowe rozciągnięcie ścianki, jeżeli zaś ten opór, który przedstawia ścianka brzuszna, okazuje się niejednakowym, to ta ostatnia rozciąga się tam, gdzie opór jest mniejszym i ścianka słabsza. Ten mniejszy opór i słabość ścianki brzusznej, według mego zdania, przypada mianowicie na miejsce rozerwania powięzi, t. j. ścianki przedniej kanału pachwinowego; już jedna ta okoliczność stwarza warunek uspasabiający do powolnego lecz stopniowego wypuklenia się otrzewnej, osobliwie jeżeli na miejscu więcej podatnem powtarza się nieskończona ilość razy ciśnień wydechowych od tyłu, co ma zwykle miejsce przy kaszlu, wydymaniu się, kichaniu i t. d.. Nie sądzę, aby ciśnienie wnętrzości uciśniętych przez tłocznję brzuszną było w stanie odrazu wypchnąć otrzewnę w postaci worka przepuklinowego; przeciwnie, mniemam, że rozwój przepukliny sztucznej następuje powoli, dzięki usilnemu i nieskończeniu powtarzającemu się ciśnieniu tłoczni brzusznej. Trzeba posłuchać, jak żydzi z przepuklinami sztucznymi umieją kaszlać, do jakiego stopnia kaszel ten jest silnym, krótkim, urywanym, osobliwym; nie jest to przypadkowy, zwykły kaszel, widać, że się oni w nim ćwiczyć musieli.

Powięź mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha stanowi największą przeszkodę dla siły cisnącej od tyłu; gdy powięź jest przerwana, inne części ściany brzusznej w okolicy, odpowiadającej wewnętrznej przepuklinie pachwinowej, nie są już w stanie siły tej się oprzeć; otrzewna na miejscu wewnętrznego dołka pachwinowego, powięź poprzeczna przylegająca do niej, następnie włókna mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego brzucha — oto tkanki, przez które przepuklina wewnętrzna dostaje się pod powłoki brzuszne; jeśli dodamy do tego, że powięź poprzeczna w tem miejscu jest przedziurawioną, podług zdania COOPER'a,

¹⁾ WERNHER. Zur Statistik der Hernien. LANGENBECK's Arch. XI.

LIÑHARDT'a i t. d. [inni autorowie zdania tego nie podzielają], to siła oporu dla ciśnienia tłoczni brzusznej zmniejsza się jeszcze bardziej.

Na zasadzie wyżej wyjaśnionych poglądów teoretycznych i doświadczeń na trupach, przyszedłem do wniosku, że łatwą jest rzeczą stworzyć na drodze mechanicznej tego rodzaju warunki, które sprzyjają utworzeniu się przepukliny pachwinowej. Jestem przekonany, że żydzi uciekają się do operacji rozerwania powięzi mięśnia zewnętrznego skośnego brzucha; jest to operacja, mojem zdaniem, nietrudna i zdaje się niezbyt bolesna, niekrwawa, nie pozostawiająca po sobie żadnych śladów urazu, a że odbywa się w warunkach aseptyki, nie wywołuje odczynu zapalnego. Dlaczego zaś we wszystkich przypadkach sztuczne przepukliny pachwinowe były lewostronne, objaśniam sobie to tem, że operacja rozerwania powięzi daje się wykonać po stronie lewej jakoś wygodniej, łatwiej, poręczniej. Operację tą wykonywają, rozumie się, osoby obce, posiadające widocznie jakieś wiadomości lekarskie; trudno bowiem przypuścić, ażeby sobie ją można było wykonać samemu.

Należy dodać, że prócz tych 8 rekrutów, w ciągu 1889 i 1890 roku zdarzyło się z 10 przypadków u niższych stopni, przysłanych do szpitala z rozmaitych części armii; wszystko to byli żydzi, wszyscy mieli przepukliny pachwinowe lewostronne, mniej więcej jednego typu, znanego u nas pod nazwą „przepukliny żydowskiej“.

Doktor SANOCKI ¹⁾ w sprawozdaniu swem mówi o trzech przypadkach przepuklin pachwinowych, posiadających pewne szczególne własności i zupełnie odróżniających się od wyżej opisanych. Osobliwość ta polegała na tem, że przepuklina wychodziła przez szczelinę lub otwór w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego, t. j. w przedniej ściance kanału pachwinowego, przyczem zewnętrzne otwory pachwinowe były prawidłowe i przepuklina nie wychodziła przez nie, lub też wychodziła częściowo; w jednym przypadku lewy otwór był węższy od prawego. Wszystkie te przypadki były badane w komisji lekarskiej, wszystko to byli żydzi rekruci i popisowi, a przepukliny wszystkie były lewostronne. Wiemy, że przy znacznej objętości tak zwanych przepuklin pachwinowych śródściennych, t. j. takich, które nie wyszły poza granice kanału pachwinowego, przednia ścianka tegoż staje się do tego stopnia cienką, że ulega przedziurawieniu, a przepuklina, nie dochodząc do otworu zewnętrznego, znajduje sobie ujście przez szczelinę w powięzi mięśnia zewnętrznego, skośnego brzucha. Ten rodzaj przepukliny LOSBEK nazywa *hernia parainguinalis*. Znaczna objętość tego rodzaju przepuklin bywa uwarunkowana przez zbyt ciasny zewnętrzny otwór pachwinowy, który nie pozwala wnętrznościom opuścić się do moszny. W spostrzeganych trzech przypadkach przepukliny wcale nie były tak wielkie, a otwory pachwinowe zewnętrzne nie były tak ciasne. Rozumie się, że i tutaj powstaje wielkie podejrzenie na nienaturalne powstawanie przepuklin. Lecz w jaki sposób specjaliści od tworzenia uszkodzeń cielesnych robią szpary w powięzi? Na pytanie to dotychczas odpowiedzieć nie możemy.

Widocznie doszło to do wiadomości owych specjalistów, że wyłącznie lewostronne sztuczne przepukliny pachwinowe zwróciły na siebie uwagę ekspertów, to

¹⁾ L. c. str. 62.

też w ostatnich czasach zaczęli oni wytwarzać także same przepukliny po stronie prawej.

Kiedy pracę niniejszą przygotowywałem do druku, znalazł się w obserwacji szpitalnej ciekawy przypadek świeżej przepukliny po stronie prawej. Przypadek ten zasługuje na bliższą uwagę, podaję go więc w krótkości. Kanonier 38 artyleryjskiego parku, Szaja Zelmanowicz Perowicz, wyjechał za miesięcznym urlopem do gubernii Warszawskiej. Z miejsca pobytu parku, t. j. z miasta Achalkałaki wyjechał on 25 Sierpnia z. r.; do zarządu naczelnika wojskowego powiatu Nowo-Mińskiego zjawił się 7 Września. Po upływie dni 18, t. j. 25 Września [termin urlopu] dał znać do pomienionego zarządu, że chory jest na prawą przepuklinę pachwinową. Według rozporządzenia Naczelnika wysłany został na obserwację do szpitala Ujazdowskiego, dokąd przybył 29 Września. Perowicz, lat 22 liczący, dobrze zbudowany, żonaty, w służbie pozostający rok, powiada, że w drodze z Kaukazu do stron rodzinnych zauważył wystąpienie prawej przepukliny pachwinowej. Przy badaniu okazuje się: połowa wewnętrzna prawej okolicy pachwinowej przedstawia się, w położeniu stojącym chorego, jako wyniosłość, która powiększa się przy kaszlu i wtedy ma postać półkulistą; otwór pachwinowy zewnętrzny w postaci pierścienia nie istniał, gdyż przednia ścianka kanału pachwinowego była przerwana, a trójkątny otwór, który w ten sposób powstał, zwracał na siebie uwagę z tego względu, że górny brzeg tego trójkąta wyczuć można było jako niewielki, dość twardy, naprężony waleczek grubości około 2 milimetrów. Powstanie tego waleczka objaśniam sobie niezgrabnym rękoczynem, lub, być może, odczynowem obrzmieniem, jakie powstaje po świeżym urazie. Palec wprowadzony przez skórę wywinętej moszny dokładnie i wyraźnie wyczuwał przy kaszlu napieranie wychodzących wnętrzości. Przepuklina nie zdążyła jeszcze wyjść całkowicie pod powłoki, gdyż mało było na to czasu. Nie ulega żadnej wątpliwości, że kanonier Perowicz przybył do miejsca rodzinnego zupełnie zdrowym, i że tutaj dopiero poddał się operacji wytworzenia sztucznej przepukliny w nadziei, że więcej do służby nie wróci. Jeśli przypuścimy, że operacji tej poddał się podczas pierwszych dni po przyjeździe do domu, to obserwacji naszej poddanym został w jakie 2 tygodnie potem, a zatem w terminie, który jest zbyt krótkim na to, ażeby mógł się utworzyć większych rozmiarów guz przepuklinowy. Przypadek ten jasnym jest dowodem, że przepuklina nie wytwarza się natychmiast po uszkodzeniu powięzi. Podczas dwutygodniowego pobytu w szpitalu nie zaszły żadne zmiany miejscowe w obrazie chorobowym, prócz niewielkiego powiększenia się guza w okolicy pachwinowej.

Również ciekawy przypadek prawej przepukliny pachwinowej znajdował się w ostatnich czasach w obserwacji szpitalnej. Przez dowódcę 25-go smoleńskiego pułku przysłany został do szpitala 13 Października r. r. z powodu prawej przepukliny pachwinowej, szeregowiec pomienionego pułku, Szmul Mojsie Berowicz Wajner, przyczem nadmieniono, że starszy lekarz pułkowy podejrzewa tego szeregowca o sztuczne wytworzenie sobie przepukliny.

Wajner, 23 lat, dobrze zbudowany i odżywiany, żonaty, w służbie znajduje się od 27 Listopada 1888 roku, pochodzi z gubernii wołyńskiej; podaje, że na przepu-

klinę chory jest już dawno, jeszcze przed wstąpieniem do służby. Przy badaniu przez komisję chirurgów, do której i ja należałem, znaleziono: w prawej okolicy pachwinowej, w miejscu ściśle odpowiadającym wewnętrznemu pierścieniowi pachwinowemu znajduje się guz, formy półkulistej, w wymiarze podłużnym mający 7, a w poprzeczno-skośnym 8 centymetrów; guz leży pod powłokami brzuszniemi, w położeniu leżącym znika bez śladu; palec na miejscu wewnętrznego pierścienia pachwinowego swobodnie wchodzi głęboko do jamy otrzewnej; pierścień ten przedstawia się jakoby nadmiernie rozszerzonym, gdy tymczasem guz przepuklinowy, który przezeń przeszedł, nie poszedł drogą zwykłą, mianowicie przez kanał pachwinowy, a umiejscowił się pod powłokami. Zewnętrzny pierścień pachwinowy swobodnie przepuszcza członek paznogciowy, który, wchodząc do kanału pachwinowego, wyczuwa w zewnętrznym końcu tegoż naprężający się przy kaszlu guz przepuklinowy. Z taką postacią przepukliny nie spotykamy się w żadnym podręczniku; postać tę możnaby nazwać: *hernia inguinalis recta externa artificialis*. Jaką drogą osiągnięto tak nadmierne rozszerzenie wewnętrznego pierścienia pachwinowego, trudno powiedzieć; wprawdzie jeden z członków komisji wypowiedział zdanie, że mogłoby to być osiągnięciem za pomocą kijka o tępym i zaokrąglonym końcu, uciskającego na pierścień wewnętrzny z przodu ku tyłowi; ze względu na wytrwałość i spryt żydów i tego rodzaju przypuszczenie nie jest niemożliwym.

O wyżej wymienionych 8 rekrutach Połockiego pułku jakoteż i o szeregowcu Wajnerze komisja szpitala Ujazdowskiego wydała opinię, iż zdolni są do służby w wojskach stałych na zasadzie Najwyższego rozkazu z dnia 21 Marca 1881 roku. Następnie wszyscy ci rekruci oddani zostali pod sąd wojenny, jako własnowolnie uszkodzenia sobie czyniący, i wyrokiem skazani zostali: na pozbawienie niektórych praw i przywilejów na służbie, na zaliczenie do rzędu karanych i na oddanie na 3 lata do dyscyplinarnego batalijonu z następstwami w §§ 52 i 127-ym XXII ks. zbioru praw ustawy wojennej 1869 r. wymienionemi.

Przez czas długoletniej mojej chirurgicznej praktyki szpitalnej byłem stałym członkiem komisji badającej przysyłanych rekrutów, nie mogłem przytem niezauważyć tego faktu, że żydzi występowali w roli symulantów i sprowadzających sobie uszkodzenia cielesne dla wywołania pewnych specjalnych chorób, a mianowicie: w jednym roku z jednego i tegoż samego powiatu było przeszło 10 żydów z przykurczeniem palców ręki, w rozmaitych stopniach, nie wykluczając całkowitego przykurczenia i zupełnej nieruchomości palca. Komisja lekarzy pod przewodnictwem byłego naczelnego lekarza, A. J. BIELAJEWA, uznała wszystkich za zdolnych do niefrontowej służby; w latach następnych sztucznych przykurczeń palców nie było. W innym roku było bardzo dużo przypadków, wszystko żydzi, symulacyi chromania jakoby wskutek skrócenia nogi; wszyscy byli uznani za zdolnych do służby frontowej i w latach następnych nie zdarzały się przypadki tego rodzaju symulacyi, z wyjątkiem przypadków pojedynczych. Innym razem zdarzało się obserwować między popisowymi, byli między nimi i chrześcijanie, dużo przypadków sztucznych owrzodzeń na goleniach; wszyscy byli uznani za zdolnych do pełnienia służby po wyleczeniu owrzodzeń, prawda, że wyleczenie ich w niektórych bardzo upartych przypadkach, trwało 6—8 miesięcy, przy poborach następnych owrzodzeń było mniej.

Obecnie nadeszła kolej na przepukliny sztuczne. Tylko bezwzględne przyjmowanie do służby niefrontowej wszystkich mających przepukliny podobne może, według mego zdania, zapobiedz szerzeniu się tego zła, a artykuł 56 lit. A Ustawy dla urzędów o powinności wojskowej należało-by w tym względzie na drodze ustawodawczej zmienić.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu 3. III. 91. JASIŃSKI przedstawił następujące dwa przypadki. Dziewczynka, która dawniej przechodziła *coxitis et olenitis tuberculosa*, przybyła powtórnie skutkiem *necrosis* kości ramieniowej. Sekwestry dopiero zaczęły się poruszać po wstrzyknięciu płynu Koch'a. Po usunięciu porażonych miejsc nastąpiło zagojenie. Drugiej dziewczynce, ze *spondylitis* i ropniem opadłym na lewym udzie, 2 razy robiono *aspiratio et injectio emulsionis jodoformi*, jednak bez skutku. JASIŃSKI wyseparował cały worek, zagojenie nie nastąpiło. Wtedy stosując się do wskazówek NANNOTT'ego, wstrzyknął w przetokę 15 grm. mieszaniny *ol. caryophyllorum* + *ol. olivarium* w stosunku 1:10, po 5 dniach powtórne wstrzyknięcie, zagojenie przetoki po 10 dniach.

17. III. 91. STANKIEWICZ przedstawił chorego ze złamaniem r z e p k i. Stróż 30-letni spadł na kolano z dosyć znacznej wysokości, skutkiem czego pękła mu rzepka. Str. ułożył kończynę w położeniu wyprostnem, a po 2 tygodniach przystąpił do operacji, staw otworzył, oczyścił brzegi złamania i nałożył szew kostny. Po 4 tygodniach chory wstał i chodzi względnie dobrze, ruch wyprostny prawidłowy, zgięcie jeszcze nie wyrobione, ale Str. pozostawił to czasowi. Jest to 6 operacja tego rodzaju, wykonana przez STANKIEWICZA z dobrym wynikiem. Drugiego chorego Str. przedstawił po wycięciu stawu łokciowego. Zapalenie stawu łokciowego trwało od roku; porażony był koniec stawowy kości ramieniowej, ogniska ropne od tyłu. Str. przeciął ścięgno mięśnia trójgłowego, odpiłował koniec ramienia, nałożył szew na ścięgno i rękę zabandażował pod kątem prostym. 4 Lutego operacja, a zagojenie 6 Marca. Ruchy względnie odbywają się dobrze. Następnie mówca pokazał nerkę, wyciętą przez siebie z powodu raka; chory po operacji wkrótce zmarł.

JAWDYŃSKI prosi o przedstawienie chorych ze złamaną rzepką po upływie dłuższego czasu, roku, lub 2, aby skontrolować wynik takiego leczenia. W danym przypadku rzepka jest silnie unieruchomiona, jakby przyrośnięta; jeżeli to unieruchomienie pozostaje, wynik zabiegów operacyjnych nie byłby zbyt dodatni.

STANKIEWICZ pierwszego chorego przedstawił po 8 miesiącach, tego zaś zaraz, aby pokazać, jak dokładne następuje zrośnięcie odłamków. Według zdania Str., ruchy będą zupełne; żadna inna metoda nie może porównać się z tą.

Prof. KOŚCIŃSKI. Rzepka zrośnięta jest idealnie i należy przypuszczać, że z czasem ruchy będą jeszcze swobodniejsze. Otwieranie stawu i nakładanie szwu może się udawać bez żadnych powikłań, lecz jest to operacja poważna, która niezawsze może dać tak dobre zakończenie. Przy stosowaniu innych metod otrzymujemy blizny włókniste, a nie kostne, lecz ruchy są bardzo dobre i chorzy wybornie chodzą. Wogóle szwy metaliczne na kościach niezawsze kompletnie wrastają, i po dłuższym przeciągu czasu w tych miejscach może powstać *caries*, potworzą się przetoki, co wymaga powtórnych operacji. Te wtórne okoliczności niezbyt zachęcają do stosowania tej metody.

STANKIEWICZ przynajmniej, że operacja jest ryzykowna i pierwszy raz ją robił bardzo nieśmiało, obecnie przy zachowaniu odpowiedniej czystości i antyseptyki nie obawia się powikłań. Str. widzi, że ta operacja przynosi chorym wielką

korzyść. Drut nie wydziela się, raz tylko jeden widział usunięcie drutu po uderzeniu się w kolano.

JAWDYŃSKI. Jeżeli chory po tej operacji wiele zyskuje, to otwieranie stawu nie powinno służyć za przeciwskazanie, gdyż obecny stan chirurgii pozwala to czynić bezkarnie.

Posiedzenie 24. III. 91. ZAWADZKI przedstawia przypadek *neuritidis nn. ulnaris, mediani et radialis*; dotyczy on 58-letniej Fajgi Krywin, żony kupca, cierpiącej się przedtem zawsze dobrem zdrowiem. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, rodziła 11 razy zdrowe dzieci. Rok temu zaczęła odczuwać bóle głowy, które jednak wkrótce ustąpiły. Przed 8-ma miesiącami osłabienie lewej górnej kończyny, niepozwalające na drobne nawet zajęcia, jednocześnie drżenie przedramienia nie tylko przy pracy, ale nawet podczas snu. W tym czasie [5 miesięcy temu] ręka obrzękła, stała się wrażliwą na dotyk, a nawet wystąpiły samoistne bóle w całej kończynie, utrudniające ruchy i sen; jednocześnie chora zauważyła stopniowo rozwijające się przykurczenia w stawie łokciowym, oraz w ręce; ręka zwinęła się w pięść z wyjątkiem wielkiego palca i wskaziciela. W marcu b. r. chora zapisała się do kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego, gdzie przy badaniu zauważono: przykurczenie w stawie łokciowym, ręka w pronacji, zwrócona ku stronie łokciowej i zgięta. Wielki palec i wskaziciel *in hyperextensione*, pozostałe zgięte silnie ku dłoni. Uczucie dotyku, bólu i ciepła zachowane. Mięśnie wyprostne przedramienia oddziałują na prąd przerywany, nie są w stanie przemódz jednak zginaczy. Wszystkie mięśnie w stanie tonicznego napięcia, z bezustannymi włóknkowymi skurczami. Drżenie. 20 z. m. wystąpił rano napad epileptoidalny, poprzedzony bólem głowy z utratą przytomności [niezupełnie]; napad zaczął się drgawkami w kończynie, które później stały się ogólnymi i trwały 2 godziny. 23 z. m. *elongatio nn. radialis, ulnar. et median.* Po 5 dniach zagojenie *per primam*, zauważono *subluxatio artic. mediae digit. II i III.* W d. 8 b. m. chorę przepisano na klinikę terapeutyczną. Przy badaniu zauważyłem: ograniczenie ruchów w stawie barkowym wskutek bolesności kończyny, przykurczenie w stawie łokciowym, ręka zgięta ku stronie dloniowej, zwrócona ku stronie łokciowej w pronacji; z położenia tego żadną siłą wyprowadzić się nie daje. Staw zmieniony, zgrubiały. 3 ostatnie palce zwrócone ku stronie łokciowej, zgięte, końcami nie dochodzą do dłoni, wskaziciel i wielki palec również nieco zgięte, pierwszy w stawie środkowym. Wszystkie palce nieruchome. Skóra na ręce posiada wyższą ciepłość, na dotyk jest w wysokim stopniu wrażliwą, uczucie bólu wzmożone; drżenie przedramienia i ręki. Mięśnie wszystkie w stanie tonicznego napięcia, z ciągłymi włóknkowymi ruchami. Badanie elektrycznością dało także wyniki, jak i przed operacją. Chora uskarża się na silne bóle w kończynie, przeszkadzające jej spać. W pozostałych narządach zmian żadnych. Mocz prawidłowy. Na klinice stosowałem chorej bezskutecznie środki odciągające wzdłuż przebiegu nerwów, prąd stały, do wewnątrz jodek potasu, oraz środki kojące. Chora wypisała się bez żadnego polepszenia w dniu 19 b. m.. Wszystkie wyżej przytoczone dane przemawiają raczej za sprawą obwodową, niż ośrodkową; według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to *neuritis nn. ulnaris, mediani, radialis*.

Prof. Kosiński odnośnie do przypadku, podanego przez ZAWADZKIEGO, dodaje niektóre objaśnienia. Chora miała w szpitalu napad z utratą przytomności i z drgawkami raz tylko jeden; po zachloroformowaniu chorej nie można było zupełnie wyprostować palców i dłoni, co wskazywało na znaczne zmiany, jakim uległy mięśnie. Przed operacją palce kompletnie wcinęły się w dłoń. Po operacji znaczna poprawa, ból ustąpił, sen i łaknienie powróciły, obecnie znowu pogorszenie, bóle, bezsenność, tylko skurcz mniejszy. *Nn. ulnaris et medianus* podwójnie były zgrubiałe. Cierpienie uważano za sprawę obwodową.

GOLDFLAM przypuszcza, że w danym przypadku mamy do czynienia z *neuritis*, za czem przemawia cały szereg objawów troficznych i motoryjnych.

ZAWADZKI dodaje, że przy zapaleniu nerwu spostrzegano podobne napady, jaki był u chorej w szpitalu, nawet z utratą przytomności.

GOLDFLAM przedstawił chorego z *athetosis*.

Posiedzenie 7. IV. 91. LESZCZYŃSKI przedstawił szereg chorych, którym robił replantację zębów z dodatnim wynikiem, gdyż niektóre zęby po replantowaniu utrzymują się już od roku. LESZCZYŃSKI odczytał nader szczegółową pracę o replantacji zębów. L. wykonywał replantację bądź to w szpitalu, bądź też w praktyce prywatnej, wybierał do tego zęby uległe próchnieniu, wyjmował je, jamę w zębie oczyszczał, wypełniał plombą, przypilowywał końce korzeni, jeżeli tego zachodziła potrzeba, chorą okostną zeszkrobywał i po oczyszczeniu zębodołu ząb napowrót osadzał. Operacja taka trwa krótko, przy osadzeniu ból niewielki i utrzymuje się w ciągu kilku dni. 6-go dnia już chorzy mogą się posiłkować zębami przy użyciu miękkich pokarmów, po 14 zaś dniach mogą jeść nawet twarde pokarmy. Zęby takie są niebolesne i nie wystają. Jako wskazania do replantacji L. uważa: *luxatio* zęba, pomyłki przy wyjmowaniu, wyjęcie zawiązku zęba, krwotok po wyjęciu zęba, zapalenie miazdzy przy niedostępnej jamie, a także znaczne jamy skutkiem próchnienia. Najodpowiedniejszy wiek uważa L. do 40 lat. Radzi wystrzegać się replantacji przy *periostitis suppurativa*, a także przy braku zęba przeciwnego. Jednocześnie LESZCZYŃSKI przedstawił model stołu operacyjnego — modyfikacja stołu ROSE'go, stół ten łatwo się rozbiera; płyny na nim nie zatrzymują się i nie spływają na operującego. Zalety jednak stołu tego nie są wielkie.

GAJKIEWICZ przedstawił chorą z *acromegalia*; przypadek ten obszernie będzie opisany w Gazecie Lekarskiej.

HERYNG mówił o stosowaniu kantarydyny LIEBREICH'a na zasadzie własnych spostrzeżeń; praca ta również drukowaną będzie w Gazecie Lekarskiej.

FREIDENSON przytoczył również przypadek leczony metodą LIEBREICH'a. Chory z gruźlicą nosa, gardzieli, krtani i płuc, zmiany bardzo znaczne. Zrobił 6 wstrzyknięć płynem LIEBREICH'a od 2 decymiligr.. Ból po wstrzykiwaniach niezmiernie dokuczliwy, odczynu miejscowego żadnego. Po 2 wstrzyknięciach polykanie łatwiejsze, nacieczenia skrzydeł nosa zmniejszyły się, owrzodzenia oczyściły się, poprawa w głosie. Po 5 wstrzykiwaniach poprawy żadnej, po po 6-m zaś wstrzyknięciu nacieczenie w krtani się powiększa i pogorszenie.

P. ŻÓRAWSKI, docent instytutu weterynaryjnego w Warszawie, przedstawił wziernik oczny swego pomysłu. Wziernik ten cokolwiek jest podobny do oftalmoskopu GAŁĘZOWSKIEGO, lecz tem się różni, że nie potrzebuje zewnętrznego światła, oprócz tego, przez usunięcie zwierciadła wklęsłego, zastąpienie soczewki dwuwypukłej soczewką płasko wypukłą i użycie promieni równoległych światła, otrzymuje się obraz znacznie jaśniejszy i czystszy. Próby z tym wziernikiem, dokonane w Warszawskim Instytucie na koniach, bydle rogatem, owcach, psach i królikach, dały zadawalające wyniki. Zasada budowy tego oftalmoskopu jest następująca: płomień świecy znajduje się w rurce między reflektorem i soczewką dwuwypukłą w takiej odległości, ażeby najjaśniejsza część płomienia przypadła w środku krzywizny reflektora i w głównym ognisku soczewki. Wtedy otrzymamy na drugiej stronie soczewki wiązkę równoległych promieni światła; takie światło spotyka przy drugim końcu rurki soczewkę płasko-wypukłą, przez którą przechodzi, załamuje się i zbiera się w głównym ognisku w formie krążka świetlnego. Gdy krążek ten rzucimy na źrenicę, wtedy promienie wchodzi w oko, odbijają się od dna jego i, wyszedłszy z oka, spotykają znowu tę samą płasko-wypukłą soczewkę, przez którą przechodząc, załamują się i tworzą w rurce obraz odwrotny i powiększony. Taki obraz widzimy, patrząc w drugą rurkę, znajdującą się obok pierwszej, t. j. obok rurki, zawierającej płomień świecy. W rurce oftalmoskopu, mającej około 30 ctm. długości, obraz tworzy się w różnej odległości od soczewki, co zależy głównie od refrakcyi badanego oka. Oko

krótkowzroczne daje obraz bliżej, a dalokowzroczne — dalej od soczewki i, rozumie się, przeciwnie od oka badacza. Jeżeli obraz nie wypadnie w granicach wyraźnego widzenia badacza, wtedy ten ostatni powinien uzbroić swoje oko w odpowiednie szkło, pozwalające rozpatrywać przedmioty w takiej odległości, w jakiej obraz się znajduje. Chcąc oznaczyć stopień refrakcyi badanego oka, przybliżamy oftalmoskop do niego, wtedy zmniejszanie się obrazu wskaże na krótkowzroczność, powiększanie się — na dalokowzroczność, a niezmiennianie się obrazu będzie dowodem miarowości oka.

KRAMSZTYK odpowiada ŻÓRAWSKIEMU. Co przedewszystkiem uderza w przyrządzie p. ŻÓRAWSKIEGO, to brak lusterka, tej najbardziej zasadniczej części oftalmoskopu. Promienie, wychodzące przez źrenicę z oświetlonego dna oka, muszą pójść w tym kierunku, jaki miały promienie, padające w oko z przyrządu oświetlającego. Jeżeli więc chcemy, aby promienie doszły do naszego oka, musimy im nadać taki kierunek, jak gdyby wprost z naszego oka w oko badane padały; takie ma właśnie znaczenie lusterko, w całości, lub w części przezroczyste. Przyrząd pana ŻÓRAWSKIEGO składa się z dwóch rur, pod bardzo ostrym kątem nachylonych i ostatecznie w jedną rurę zbiegających: przez jedną z tych rur pada światło w oko badane, przez drugą spogląda oko badające. Ale promienie wychodzące z oka badanego muszą, na zasadzie prawa o ogniskach sprzężonych, powrócić przez rurę oświetlającą ku płomieniowi; tylko boczne promienie po części do oka badającego dostać się mogą. Ażeby jednak obejrzeć dno oka we wszystkich przypadkach i obejrzeć dokładnie, potrzeba koniecznie lusterka. Tę zmianę może wreszcie p. ŻÓRAWSKI w przyrządzie swoim bardzo łatwo wprowadzić; potrzeba tylko w wylotu rury, przed okiem badającym, umieścić lusterko, a przez zmianę kierunku rur światło rzucić ze świecy nie wprost w oko badane, lecz na lusterko. Będzie ta zmiana z pewnością bardzo pożyteczną dla przyrządu, a znaczenia jego nie zmieni, bo celem p. ŻÓRAWSKIEGO nie było usunięcie lusterka, lecz złączenie w jedną całość i unieruchomienie wszystkich składowych części wziernika ocznego. Będzie to więc przyrząd podobny w zasadzie do wzierników EPPKENS-DONDERS'a i GAŁĘZOWSKIEGO, z tą różnicą, że i płomień oświetlający w przyrządzie jest umieszczony. Otóż, sama ta nieruchomość, stałość przyrządu, stanowi raczej wadę, niż zaletę. Badając wziernikiem dno oka, potrzeba patrzeć z różnych stron i biedz za ruchami niespokojnego często pacjenta; lekarz przy oftalmoskopowaniu ciągle musi się poruszać, a przyrząd stały czynność mu utrudni; i rzeczywiście, oftalmoskopy, z tą myślą urządzone, nie znalazły rozpowszechnienia. Może jedynie mało wprawny w użycie wziernika łatwiej tym przyrządem dno oka obejrzy, o ile badany zupełnie spokojnie będzie się zachowywał. Wreszcie jeszcze na jedną podrzędną okoliczność chcę zwrócić uwagę. Soczewka wypukła, rzucająca odwrotny obraz dna oka, powinna tak być umieszczoną, aby źrenica przypadła w jej ognisku. W przyrządzie pana ŻÓRAWSKIEGO soczewka, której odległość ogniskowa wynosi, zdaje się, 3 cale, jest od wylotu rury zaledwie na cal odległą, a więc wylot nie może opierać się bezpośrednio na oku badanem, lecz o kilka cali przed niem się znajduje. Dla badania w przestrzeni oświetlonej, do czego przyrząd pana ŻÓRAWSKIEGO ma służyć, jest to niedogodnem, bo odbłaski od rogówki badanie utrudnić muszą; należałoby więc rurę w tym kierunku odpowiednio przedłużyć.

KORRESPONDENCYJA.

Z pobytu zimowego w Davos.

Że pobyt w klimacie górzystym działa korzystnie na przebieg suchot płucnych, jest rzeczą nawet u publiczności nielekarskiej powszechnie wiadomą. Ażkolwiek fakt ten nie ma jeszcze dostatecznego wyjaśnienia, to musimy zawsze przypuścić, że zmienione warunki, wśród których się znajduje ustrój, dostawszy się z nizin na wysokie góry, zmieniają także i przebieg choroby. Jako zmienione

warunki należy uważać: zmniejszone ciśnienie atmosferyczne, wskutek czego zmniejsza się krążenie i odżywianie w płucach, większa czystość powietrza wolnego od pyłu i drobnoustrojów chorobotwórczych, przez co schorzały nabłonek oskrzelowy mniej ulega podrażnieniu, a zagnieżdżeniu innych drobnoustrojów, w miejscach, przez laseczники gruźlicze zajęte (*symbiosis*), się zapobiega. Na wysyłanie suchotników w lecie w góry istnieje zgoda między lekarzami. Ze jednak można ich tam pozostawić z korzyścią i przez zimę, większa część lekarzy skeptycznie się zapatruje. Do ostatnich należałem i ja. Przyczyną sceptycyzmu jest mylne wyobrażenie o klimacie górskim podczas zimy. Pospolicie przypuszcza się, że w zimie w górach panuje zimno niedozniesienia i mroźne wiatry, a przeto chory na liczne niebezpieczeństwa jest narażony. Tak się w rzeczywistości ma rzecz na niewielkich wysokościach. W górach zaś, które posiadają doliny przynajmniej na 1500 metrów wysoko wzniesione, stosunki klimatyczne są inne. Wiatry w tej wysokości należą w zimie do rzadkości, powietrze jest nadzwyczaj suche, mgły nie ma, niebo przeważnie pogodne, lazurowo-zabarwione. Noce są wprawdzie mroźne, lecz tego zimna z powodu suchości i spokojności powietrza w zwykłym zimowym ubraniu mało się odczuwa; przynajmniej mniej, niż przejmujący chłód nad brzegami mórz włoskich. Natomiast w dniu pogodne działanie słońca pomimo grubych warstw śniegu, pokrywającego ziemię, jest tego rodzaju, że termometr, na słońce wystawiony, pokazuje $+ 30^{\circ}$ do $+ 60^{\circ}$ C., a w ubraniu zimowym pocić się trzeba. Chory więc może na wysokiej alpejskiej dolinie w zimie świeżego powietrza prawie tak długo przez dzień używać, jak i we Włoszech, w przypuszczeniu jednak, że jeszcze inne urządzenia, umożliwiające pobyt na wolnym powietrzu, są na miejscu, a przytem nie odzwyczaj się on od naszego klimatu, jak to się dzieje przez kilkoroczny pobyt we Włoszech.

Na jedno działanie klimatu wysokogórskiego chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na czynność przewodu pokarmowego. Bywają chorzy, którzy przychodzą w tutejsze góry z bardzo uporczywym zaparciem stolca; tu dostają od czasu do czasu objawów bębny, parcia stolca, z odejściem obfitych wiatrów, szybkie wypróżnienie, a ostatecznie po kilku tygodniach stolec się reguluje bez żadnych zabiegów leczniczych. Skutku tego nie można kłaść na karb ruchu w górach, bo okazuje się on także i u osób żadnych przechadzek nieużywających. Ten objaw należy tłómaczyć jako wywołany przez zmniejszone ciśnienie atmosferyczne, wskutek czego gazy jelita łatwiej rozdymają, do ruchów robaczkowych pobudzają przez co łatwo z zawartością jelit na zewnątrz się wydostają, czyli jednym słowem: czynność jelit bywa przyspieszoną. Dalej należy przypomnieć ważną okoliczność, że brak łaknienia w klimacie wysoko-górskim zwykle ustępuje, a przez to lepsze odżywianie staje się możliwem. Wreszcie uczy doświadczenie, że przeważna część suchotników gorączkujących w klimacie wysoko-górskim stan gorączkowy już po kilku tygodniach traci.

Wysoko-górską doliną leczniczą w Alpach najwięcej uczęszczaną jest Davos w kantonie szwajcarskim Gryzonii (*Graubünden*), dokąd można się dostać na miejsce koleją żelazną. Jest to dolina, leżąca na wysokości 1570 metrów, ciągnąca się w kierunku od północy na południe, a otoczona zewsząd wysokimi górami. Miejscowość stanowi kilkadziesiąt hotelów, przeważnie dobrze urządzonych, mieszczących dziś 1581 osób, z kilkudziesięciu domów rzemieślniczych, tyłuż chat wieśniaczych. Główny sezon stanowi pora zimowa od Listopada do Kwietnia, co nie wyklucza wcale korzystnego pobytu i w innej porze roku. Najpiękniejsze zaś miesiące są Styczeń i Luty. W tym czasie przyświeca słońce przeciętnie od godziny $9\frac{1}{2}$ z rana do $3\frac{1}{2}$ po południu, tak, że chorzy w tych godzinach tylko w ubraniu wiosennem bądź przechadzać się, bądź na balkonach siedzieć mogą. Termometr w słońcu pokazuje mniej więcej $+ 40^{\circ}$ C., a ze śniegu kłębuje para wodna. Silne działanie słońca okazuje się w tym czasie pomimo śniegu, okrywającego ziemię, także i tem, że muchy, komary, pszczoły swobodnie w powietrzu latają, co

tem więcej zadziwia, że w nocy bywają mrozy do -20° C. sięgające, a nawet mieliśmy w początkach Stycznia dwie noce, w których od 15 lat niepamiętnie nisko temperatura opadła do -31° i -39° C.. Taką więc niską ciepłotę mogą owady bez utraty życia znieść, aby w dzień podczas działania promieni słonecznych znów odżyć. U ludzi objawia się silne działanie promieni słonecznych nadzwyczaj ciemnym zabarwieniem skóry twarzy i rąk, jakiej pod działaniem neapolitańskiego słońca nie dostrzegałem. Przyczyna tego zjawiska jest dwojaka: raz, że z powodu zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego napływa znaczna ilość krwi do powierzchownych naczyń włosowatych skóry, a powtóre, że barwnik pod wpływem promieni słonecznych doznaje rozkładu. To też spostrzegamy to u nas niepraktykowane zjawisko, że publiczność tutejsza brodzi w śniegu, a równocześnie chroni się przed słońcem za pomocą kapeluszy słomkowych i parasolek, wstrzymując od siebie promienie, które jeszcze 1500 metrów przez powietrze powinnyby przebiegnąć, nimby dosięgły powierzchni morza. Chorzy mniej wrażliwi mogą przechadzać się przed wschodem i po zachodzie słońca ubrani w zwykłe zimowe suknie. Mróz nawet dziesięciostopniowy nie daje się tu z powodu spokoju powietrza i jego suchości tak dokuczliwie uczuwać, jak na nizinach. Uwagi godnym jest, że tutejsza ludność, pomimo że zima trwa tu prawie 7 miesięcy, nie zna futer i tak lekko w zimie się ubiera, jak neapolitańska. Pokojowa ciepłota, zupełnie dostateczna, wynosi tu co najwięcej $+15^{\circ}$ C. [$+12^{\circ}$ R.]. Choremu jednak zawsze trzeba poradzić, aby nie zapomniał futra i tak dobrze się zaopatrzył na zimę, jak to u nas ma miejsce.

W całości ma się wrażenie, że chorzy czują się tu wogóle dobrze. Nawet chorzy ze znaczną wrażliwością krtani lub tchawicy aklimatyzują się tu często już po kilku tygodniach nadspodziewanie dobrze. Chorzy zaś z nadmierną wrażliwością nerwową, mianowicie neurastenicy, uskarżają się bezustannie na przypadłości podmiotowe. Dla tych zapewne uspokajający południowy klimat morski będzie pożyteczniejszy, niż podniecający górski. Chorzy mieszkają w hotelach jako pensjonarze, lub, będąc z rodziną, urządzają domostwo w wynajętych willech. Ma to swoje i dobre i złe strony, a szczególnie w tym kierunku, że nadzór lekarski pozostawiony jest, jak to się dzieje także u chorych wysłanych do Włoch, dowolności pacjenta. Pierwotna maksyma lecznicza w Davos polegała na jak najpilniejszym chodzeniu po górach, a ideałem pacjenta był tak zwany „*der blutige Holländer*“, który nawet nie miał stałego mieszkania, tylko biegł z jednego wierzchołka góry na drugi, pomimo że kilkakrotnie miewał krwotoki płucne. Pod wpływem BREHMER'a, DETTWEILER'a i innych, to bezmyślne gonienie po górach po większej części ustało. Tradycja trwa jednak jeszcze dotąd, a niejeden chory, któryby powinien spokojnie siedzieć, lub tylko przechadzać się ostrożnie na wolnym powietrzu, daje się namówić na uciążliwą wycieczkę w niestosownej porze, na sport łyżwiarski, na sankowanie, na gry do późnej nocy trwające i t. p.. Dlatego, posyłając tu chorego, należy go, chociażby był tylko profilaktykiem, polecić lekarzowi i zobowiązać go, aby mu się częściej przedstawiał, a powyżej wymienionych ekscesów unikał, zwłaszcza, że tu przez nieostrożne zachowanie się dość często pojawia się suche zapalenie płucnej.

Nieobojętnym będzie dla lekarza, jeżeli wspomnę, że w Davos od 2 lat istnieje także zakład, zamknięty dla chorych pod nazwą: D-r TURBAN'S *Sanatorium*, który jest urządzony na wzór zakładu DETTWEILER'a w Falkensteinie. Zakład jest należycie prowadzony i ma wielkie powodzenie. Korzyści leczenia zakładowego dla chorych są znaczne. Chory, znajdując się każdej chwili pod kontrolą lekarza, mniej może sobie pozwolić na szkodliwe wybryki, a w każdym czasie zasięgnąć rady lekarskiej. Punkt ciężkości postępowania leczniczego w Zakładzie polega na nadmiernym i bardzo urozmaiconym żywieniu, jakoteż na używaniu przez jak najdłuższy przeciąg dnia świeżego powietrza, w którym to celu wybudowane są obszernie słoneczne terasy, na których znajdują się dla każdego chorego stołki do leżenia. Na nich nawet w niepogodne i mroźne dni przy -15° C.

leżą lub spoczywają chorzy od godziny 9-tej z rana do 9-tej wieczór. Muszą jednak być okryci jednym lub dwoma kocami, a wrażliwi na zimno mieć nogi w worku z baraniego futra, na którą to okoliczność należy zwrócić uwagę chorych, wysyłanych tu. Ostatnich urządzeń do tak zwanej po niemiecku „*Freiluftcur*“ hotele tutejsze jeszcze nie posiadają. To też znaczna część chorych do wschodu słońca i po zachodzie musi przebywać w pokojach. Należy jeszcze wspomnieć, że kilkumiesięczny pobyt w domu leczniczym jest dla chorego równocześnie szkołą, która go poucza, jak na przyszłość w domu ma zastosować swoje postępowanie, by odpowiadało stanowi chorobowemu.

Ceny pobytu w Davos są nieco wyższe, niż przeciętne we Włoszech i wynoszą dziennie 10—15 franków. Rozumie się samo przez się, że tak jak w Davos i w każdej innej alpejskiej dolinie, górami dobrze ochronionej, dadzą się urządzić miejsca klimatyczne. I życzyliby należało, aby takich jak najwięcej powstało, gdyż znaczniejsze nagromadzenie chorych w jednej dolinie pociąga za sobą pewne niedogodności. Już przy dzisiejszym rozroście Davosu daje się w dniach bardzo spokojnych uczuwać w dolinie niepożądana obecność dymu z licznych kominów.

W końcu należy nadmienić, że obecnie znajduje się tu kilkuset chorych, leczonych metodą Koch'a. Wprawdzie trudno mi podać autentyczne szczegóły pod tym względem. Jednak według zapewnień tutejszych lekarzy wypada mi tyle naznaczyć, że przypadków śmiertelnego zejścia, któreby można wprost do wstrzykiwań płynu Koch'a odnieść, nie zauważono, liczba zaś polepszeń przy stosowaniu płynu Koch'a okazuje się w tym roku o wiele znaczniejszą, niż to bywało w Davos w innych latach. Liczebną statystykę mogę podać tylko ze Sanatorium D-ra TURBAN'a, który mi jej ze swej praktyki uprzejmie udzielił. Na 50 chorych z gruźlicą płuc w rozmaitym okresie uskutecznilo w zakładzie od 17 Listopada 1890 aż dotąd [w przeciągu 3½ miesięcy] 1700 wstrzykiwań, dosięgnąwszy jednorazowych dawek 0,1—0,2 grm. płynu Koch'a. Wyniki, dotąd otrzymane, okazały się na 50 chorych w krótkości następujące: 4 chorych opuściło zakład jako na razie wyleczeni, wszyscy w początkowym okresie choroby; u 33 okazało się znaczne polepszenie objawów fizykalnych; u 10 nie dostrzeżono żadnej zmiany objawów fizykalnych; u 2 wystąpiło pogorszenie objawów fizykalnych podczas wstrzykiwań; a jeden przypadek zakończył się śmiertelnie u chorego, u którego musiano już przed rozpoczęciem wstrzykiwań z powodu stanu miejscowego postawić zupełnie złe rokowanie. Co się zaś dotyczy zachowania się laseczników gruźliczych w płwocinach, to wynik okazał się następujący. Przed i po wstrzykiwaniach nie znaleziono ich u 4 chorych; przed wstrzykiwaniami laseczników nie było, po wstrzykiwaniach pojawiły się, a następnie znów znikły u 1 chorego, zupełnie znikły laseczniki u 11 chorych; raz dają się wykazać, drugi raz nie u 12; ilość laseczników się zmniejszyła u 7; nie zmieniała się zaś u 15 chorych.

Davos w Lutym 1891.

Prof. Jaworski.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł zeszyt 4-ty [Nr. 28] Seryi 3-iej „Odczytów Klinicznych“, zawierający przekłady dwóch bardzo ciekawych prac, a mianowicie: O istocie leczenia wiađu rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*) przez prof. STRUEMPELL'a, oraz: O wczesnych objawach wiađu rdzenia kręgowego przez prof. KAHLER'a. Cena zeszytu pojedynczego kop. 30. Cena całej seryi odczytów [12] rs. trzy.

Sprostowanie. W N-rze 19 Gaz. Lek. na str. 355 wiersz 3 od góry, zamiast „tegorocznych“ powinno być „tegoczesnych“, na str. 356, wiersz 19 od dołu, zamiast „rozszerzyć“ powinno być „rozcignąć“, na str. 357, wiersz 8 od góry, zamiast „zeszłego“ powinno być „1889“ w wierszu następnym, zamiast „płockiego“ powinno być „połockiego“, na str. 358, wiersz 7 od góry, zamiast „wywrócone“ powinno być „zawinięte“, wiersz 15 od dołu, zamiast „JAUBER'a“ powinno być „JAUBER'a“, wiersz 12 od dołu, zamiast „[dolny koniec kiszki]“ powinno być „[dolny koniec kiszki *ilei*]“.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Sprawozdanie z Krynicy za r. 1890“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Довдлено Цензурою, Варшава 2 Мая 1891 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.